

**SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES**

Usted debe recibir un "*Manual de Servicios de Sustento de Menores*" con este formulario de solicitud. Si usted necesita una copia del manual, por favor, solicite una en la Oficina de su departamento local para niños y familias (DCF). Por favor lea el manual antes de firmar este formulario.

**Por favor indique el servicio que desea** - Ver "*Descripción de los servicios CSS*" en el manual.

**Servicios Completos**     **Sólo Localizar**

---

**Padre Sin Custodia** - Nombre completo (Primero, Segundo, Apellido)

---

Nombre completo del **Solicitante** (Primero, Segundo, Apellido)

---

Número De Seguro Social del **Solicitante**

Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)

Al firmar este formulario, confirmo que he leído el "*Manual de Servicios de Sustento de Menores.*" He tenido oportunidad de hacer preguntas, y estoy de acuerdo con los términos y limitaciones se afirmó en el "*Manual de Servicios de Sustento de Menores.*"

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Firme este formulario y devuélvalo a:**

---

# CUESTIONARIO DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES

## Sección 1 – Información General

**Instrucciones de la Sección 1: Complete todas las preguntas en la sección 1.** Debe recibir una copia del "Manual de Servicios de Sustento de Menores" con este formulario. Si usted necesita una copia del manual, por favor pida uno de su centro de servicio de DCF.

**Nombre completo del padre custodial/guardián:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_

Otros nombres que ha utilizado: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_

Otros nombres usados: \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Su dirección de correo: \_\_\_\_\_  
*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Número de teléfono: casa: ( ) \_\_\_\_\_ trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Usted y los niños reciben asistencia pública (efectivo o TANF) en el estado de Kansas? ( ) Sí ( ) No

¿Ha recibido asistencia pública (efectivo o TANF) en otro Estado? ( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo**, lista de todos los Estados \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 y fecha (s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con los menores: \_\_\_\_\_

**Información de los niños:**

Nombre completo del niño	Sexo	# Seguro social	Fecha de nacimiento	Nombre de padre sin custodia
<i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>	<i>M/F</i>		<i>Día/mes/año</i>	<i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>

Lugar de nacimiento del niño	Estado:	Nombre del padre que escrito en el certificado de nacimiento

Nombre completo del niño	Sexo	# Seguro social	Fecha de nacimiento	Nombre de padre sin custodia
<i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>	<i>M/F</i>		<i>Día/mes/año</i>	<i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>

Lugar de nacimiento del niño	Estado:	Nombre del padre escrito en el certificado de nacimiento

<b>Nombre completo del niño</b> <i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>	<b>Sexo</b> <i>M/F</i>	<b># Seguro social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> <i>Día/mes/año</i>	<b>Nombre de padre sin custodia</b> <i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>
---	---------------------------	------------------------	--	---

<b>Lugar de nacimiento del niño</b>	<b>Estado:</b>	<b>Nombre del padre escrito en el certificado de nacimiento</b>

<b>Nombre completo del niño</b> <i>Primero, Segundo, Apellido(s)</i>	<b>Sexo</b> <i>M/F</i>	<b># Seguro social</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> <i>Día/mes/año</i>	<b>Nombre de padre sin custodia</b> <i>Primero medio modificada</i>
---	---------------------------	------------------------	--	--

<b>Lugar de nacimiento del niño</b>	<b>Estado:</b>	<b>Nombre del padre escrito en el certificado de nacimiento</b>

¿Hay alguna orden de sustento de menores o de sustento médico para los hijos menores? ( ) Sí ( ) No

¿Para cuales hijos? \_\_\_\_\_

Nombre de persona con una orden para pagar sustento de menores o sustento médico: \_\_\_\_\_

Número de Caso Judicial \_\_\_\_\_ de condado \_\_\_\_\_ del estado \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_

Número de Caso Judicial \_\_\_\_\_ de condado \_\_\_\_\_ del estado \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_\_\_

Si es incapaz de proporcionar un número de caso, por favor proporcione el Condado, estado y fecha de orden de corte (Mes/Año): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado acciones legales para exigir el pago de sustento? Sí ( ) No ( ) **En caso afirmativo,** tipo de acción: \_\_\_\_\_

¿Quienes presentaron la acción? \_\_\_\_\_

¿Resultado de la acción? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un abogado? ( ) Sí ( ) No

Nombre y dirección de su abogado: \_\_\_\_\_

¿Si no hay una orden ya establecida, crees que la otra persona estará dispuesto/consentirá a firmar una orden voluntaria? \_\_\_\_\_

**Si hay una orden de sustento de menores, adjunte una copia de la orden a este formulario.**

**Adjunte copias de certificados de nacimiento para todos los niños no nacidos en Kansas.**

(Por favor proporcione una copia del certificado oficial de nacimiento, no el certificado recibido del hospital)

**CONTINUAR A LA SECCIÓN DOS EN LA PÁGINA 3.**

(para uso de oficina)

KAECSES # \_\_\_\_\_

Proveedor de serv: \_\_\_\_\_

## **CUESTIONARIO DE SERVICIOS DE SUSTENTO**

### **Sección 2 – Información acerca del Padre Sin Custodia**

Instrucciones de la Sección 2: Complete todas las preguntas en la sección dos.  
**\*\* Un formulario separado debe completarse para cada Padre Sin Custodia.\*\***

1. Nombre del padre sin custodia: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )  
*Primero Segundo Apellido*  
Otros nombres usados (Alias, soltera, apodos, etc.): \_\_\_\_\_

2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ edad aprox \_\_\_\_\_  
*mes día año*

¿Ha usado el padre sin custodia un número de Seguro Social diferente? No ( ) Sí ( ) Desconocido ( )

**En caso afirmativo**, ¿cuál es ese número? \_\_\_\_\_

3. Lugar de nacimiento: ciudad: \_\_\_\_\_, Estado o país: \_\_\_\_\_ Desconocido: ( )

4. ( ) Dirección actual: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código postal*

**O**

( ) Última dirección postal conocida: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código postal*

Fecha de dirección: \_\_\_\_\_

Dirección física: (Si es distinta de la dirección de correo) \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado Código postal*

Número de Teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la raza del padre sin custodia?

- ( ) Nativo Americano o de Alaska
- ( ) Negro/Afro- Americano
- ( ) Hispano
- ( ) De las Islas del Pacífico
- ( ) De Asia)
- ( ) Blanco/caucásico
- ( ) Otros \_\_\_\_\_

6. Descripción física de padre sin custodia:

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Color de ojos: \_\_\_\_\_ Color de pelo: \_\_\_\_\_

Tatuajes, cicatrices y otras características físicas: \_\_\_\_\_

7. Dar el nombre completo de soltera de la madre del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

8. Dar el nombre completo de padre del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

9. ¿Dónde trabaja el padre sin custodia? \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

10. Nombre del banco donde el padre sin custodia tiene una cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_

11. ¿Donde es el último lugar que supieras que trabajó el padre sin custodia?

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*Calle* *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo: \_\_\_\_\_

12. ¿Está el padre sin custodia en servicio activo en las fuerzas armadas? ( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo**, Rama del servicio: \_\_\_\_\_ Rango: \_\_\_\_\_ Años de Servicio: \_\_\_\_\_

Unidad/Estación de trabajo: \_\_\_\_\_

13. ¿Está el padre sin custodia en la Guardia Nacional o las Reservas? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
( ) Previamente

**En caso afirmativo**, Rama de servicio: \_\_\_\_\_ Rango: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

14. ¿El padre sin custodia tiene un abogado? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido

Nombre y dirección del abogado: \_\_\_\_\_

15. ¿Alguna vez el padre sin custodia presentó quiebra o bancarrota? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido

**En caso afirmativo**, Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

16. ¿Tiene el padre sin custodia una licencia para conducir? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido

**En caso afirmativo**, en qué estado: \_\_\_\_\_

17. Razón de la ausencia del padre sin custodia: *(por favor indique todos los que aplican)*

( ) Yo no soy el padre de este niño/s y esta pregunta no se aplica a mí.

( ) Nunca se casó con el padre sin custodia y nunca vivían juntos

( ) Nunca se casó con el padre sin custodia pero hemos vivido juntos

Fechas vivían juntos: \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado dónde vivían juntos: \_\_\_\_\_

( ) Divorciados: Fecha de divorcio \_\_\_\_\_

( ) Demanda de separación Legal

( ) Pidió el divorcio

( ) Casados pero separados Fecha de separación: \_\_\_\_\_

*Mes* *Día* *Año*

( ) En la cárcel o prisión Estado: \_\_\_\_\_

( ) Servicio militar

( ) Violencia doméstica

( ) Orden de protección contra abuso Fecha: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

( ) Orden de restricción Fecha: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

( ) Muerto Fecha: \_\_\_\_\_

*Mes* *Día* *Año*

*Condado*

*Estado*

**\*Adjunte prueba de muerte (ejemplo: Certificado de Muerte, Aviso de obituario, y Nombre y Dirección de funeraria).**

( ) Otros (explique): \_\_\_\_\_

18. ¿El padre sin custodia alguna vez perteneció a un sindicato o un grupo de profesionales? ( ) Sí ( ) No  
( ) Desconocido Nombre: \_\_\_\_\_

19. ¿Alguna vez el padre sin custodia ha sido detenido, puesto en libertad condicional, enviado a prisión?  
( ) No ( ) Si ( ) Desconocido **en caso afirmativo**, fecha: \_\_\_\_\_ cargo: \_\_\_\_\_  
Corte (Ciudad/Condado/Estado): \_\_\_\_\_  
Prisión/cárcel (Ciudad/Condado/Estado): \_\_\_\_\_  
Nombre del oficial de libertad condicional: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha asistido el padre sin custodia a un colegio, universidad o escuela vocacional? ( ) Sí ( ) No  
( ) Desconocido  
**En caso afirmativo**, Nombre: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

21. ¿Alguna vez el padre sin custodia de su hijo brindó sustento para usted o su hijo? ( ) Sí ( ) No  
**En caso afirmativo**, tipo de sustento  
brindado: \_\_\_\_\_

¿Cuándo la custodia para brindó sustento? \_\_\_\_\_

¿Dónde vives en el momento el sustento de custodia proporcionada?  
\_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
¿Dónde vivía el padre sin custodia en el momento en que le brindó sustento?			

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

22. ¿Hubo hecho el padre sin custodia alguna vez una promesa escrita a apoyar a su hijo?  
( ) Sí ( ) No **En caso afirmativo**, explique: \_\_\_\_\_

23. ¿Tiene el padre sin custodia tiene cualquier otro tipo de ingresos? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
**En caso afirmativo**, por favor indique los recursos adecuados:

( ) Seguro Social / SSI o SSDI

( ) Fuente de autoempleo (Nombre/Dirección) \_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios para veteranos)

( ) Retiro militar

( ) Compensación del trabajador

( ) Beneficios de desempleo

( ) Fuente de seguro (Nombre/Dirección): \_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

( ) Vivienda, fuente de subsidio o de viajes (Nombre/Dirección): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

( ) Fondo de fideicomiso (nombre/dirección): \_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

( ) Fuente de ingresos del alquiler (nombre/dirección): \_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

( ) Otra fuente de ingresos (nombre/dirección): \_\_\_\_\_ cantidad: \$ \_\_\_\_\_

24. ¿Si está muerto el padre sin custodia, usted recibe beneficios de Seguro Social u otros beneficios de seguros para el niño?

**En caso afirmativo**, la cantidad: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

25. ¿Si el padre sin custodia recibe pagos por incapacidad de Seguro Social, el niño recibe beneficios de Seguro Social de incapacidad del padre sin custodia? ( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo**, la cantidad recibida: \_\_\_\_\_ Fecha que el niño comenzó a recibir beneficios: \_\_\_\_\_

26. ¿Tiene el padre sin custodia propiedad? (Ejemplos: coche, camión, motocicleta, barco, camper, remolque, casa, finca, propiedad de alquiler, tierra, negocio, herramientas, equipos, etc.)

( ) Sí ( ) No ( ) Desconocido

**En caso afirmativo**, enumere y describa como mejor pueda, incluyendo localización y números de matrícula. Utilice la parte posterior del formulario si se necesita espacio adicional: \_\_\_\_\_

27. ¿El padre sin custodia tiene otros hijos naturales o adoptivos? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
**En caso afirmativo**, provea los nombres completos y edades del niño o niños y nombre de la madre (si lo conoce)\_\_\_\_\_

28. ¿Alguno de los niños enumerados en # 27 vive con el padre sin custodia? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
**En caso afirmativo**, lista de nombre completo y edad del niño:\_\_\_\_\_

29. ¿Está el padre sin custodia ordenado a pagar sustento por otros niños?  
( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
**En caso afirmativo** provea una lista de nombres y apellidos, edad, cantidad y estado donde ordenó:\_\_\_\_\_

30. Lista de amigos y familiares con quien el padre sin custodia es más probable mantenerse en contacto:  
*Nombres, Relación, Dirección, Número de Teléfono*

31. ¿El padre sin custodia alguna vez ha recibido asistencia pública? ( ) No ( ) Si ( ) Desconocido  
**En caso afirmativo**, Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

32. ¿En caso de emergencia, cómo se pone en contacto con el Padre Sin Custodia? \_\_\_\_\_

33. ¿Quién está proveyendo seguro médico para los niños? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su relación con el niño? \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura médica: ( ) Seguro Privado ( ) de Tri-Care (Seguro Militar) ( ) Medicaid  
( ) Healthwave

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de cobertura: \_\_\_\_\_ costo por mes: \$ \_\_\_\_\_ Empleado: \$ \_\_\_\_\_ Familia: \$ \_\_\_\_\_

Lista de personas cubiertas de póliza: \_\_\_\_\_

Tipos de cobertura: ( ) Médico ( ) Hospital ( ) Drogas ( ) Visión ( ) Dental

Nombre de la compañía de seguro por medio del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

34. ¿Alguno de **sus** hijos enumerados tienen necesidades médicas especiales? ( ) Sí ( ) No  
**En caso afirmativo**, explique: \_\_\_\_\_

35. Lista de todos los gastos médicos derivados del embarazo o el nacimiento de su hijo que usted ha pagado realmente: *(deben proveer recibos de pagos)*

1. Acreedor (médico): \_\_\_\_\_ cantidad: \_\_\_\_\_

2. Acreedor (Hospital): \_\_\_\_\_ cantidad: \_\_\_\_\_

3. Acreedor (pediatra): \_\_\_\_\_ cantidad: \_\_\_\_\_

4. Acreedor (otro): \_\_\_\_\_ cantidad: \_\_\_\_\_

36. ¿Cómo se pagaron los gastos médicos?: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE MATRIMONIO

- **Complete la sección de información de matrimonio solamente si usted es el padre custodial de los niños.**
- **Si usted es un guardián y no el padre custodial proceda a la pregunta 37 en la página**

37. ¿Cuál es su estado civil actual?

- ( ) Solo/a
- ( ) Nunca casado/a
- ( ) Casado/a      Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_
- ( ) Casado pero separado/a
- ( ) Divorciado/a
- ( ) Viudo/a

**Lista de todos los Matrimonios:** (Con el padre sin custodia o cualquier otra persona)

**Primer Matrimonio:** Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
Fecha de Matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Lugar de Matrimonio: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Fecha cuando terminó el matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
¿Cómo terminó el matrimonio: (Ejemplos: divorcio, anulación, muerte, todavía casado/a) \_\_\_\_\_  
Si se divorció o anulado: Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número de orden de la Corte \_\_\_\_\_

**Segundo Matrimonio:** Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_  
Fecha de Matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Lugar de Matrimonio: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Fecha cuando terminó el matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
¿Cómo terminó el matrimonio: \_\_\_\_\_  
Si se divorció o anulado: Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número de orden de la Corte \_\_\_\_\_

**Tercer matrimonio:** Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_  
Fecha de Matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Lugar de Matrimonio: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Fecha cuando terminó el matrimonio: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
¿Cómo terminó el matrimonio: \_\_\_\_\_  
Si divorcio o anulación: Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número de Orden de la Corte \_\_\_\_\_

**Por favor use posterior del formulario si necesita más espacio**

## PAGOS DIRECTOS

37. Utilice este espacio para escribir el mes, año y cantidad de los pagos de sustento o pensión matrimonial que ha recibido directamente del padre sin custodia que no fueron enviados a través del centro de pagos o la corte. Especifique si los pagos directos fueron para sustento de menores o pensión matrimonial.

**Si no, indique aquí. ( )**

También puede utilizar este espacio para escribir información adicional, o puede adjuntar hojas adicionales. Por favor indique el número de la página, sección y número de la pregunta que está contestando al dar información adicional.



**SI NO HAY NINGUNA ORDEN DE SUSTENTO PARA CUALQUIER DE LOS NIÑOS  
EN ESTE CASO, POR FAVOR LLENE UNA SECCIÓN TRES SEPARADA  
PARA CADA NIÑO COMENZANDO EN LA PÁGINA 9.**

**SI EXISTE UNA ORDEN DE SUSTENTO DE MENORES PARA TODOS LOS NIÑOS  
VAYA A LA SECCIÓN CUATRO COMENZANDO EN LA PÁGINA 11.**

# **CUESTIONARIO DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES**

## **Sección 3 – Información de los Niños**

**Sección tres - Instrucciones acerca de la información de los niños: Complete esta sección para cada niño que necesita de una orden de sustento establecida.**

**Nombre del padre sin custodia:** \_\_\_\_\_

1. Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. ¿Quién es nombrado como el padre del niño en el certificado de nacimiento oficial del estado?  
( ) Ningún padre nombrado  
\_\_\_\_\_

3. ¿En qué ciudad y estado fue el niño concebido (donde la madre quedó embarazada)? \_\_\_\_\_

4. Lugar de nacimiento del niño: Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido el niño en Kansas? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha vivido el padre sin custodia (aunque no nombrado en el certificado de nacimiento) con este niño en Kansas? ( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo**, nombre del padre sin custodia: \_\_\_\_\_

7. ¿El Padre Sin custodia ha visitado o vivía con su hijo en Kansas? ( ) Sí ( ) No

Duración de la visita o convivencia \_\_\_\_\_

8. Por favor marque y complete todas las afirmaciones verdaderas:

( ) Soy el guardián del niño y no el padre del niño (*si marca esta línea, pase a la pregunta 11*)

( ) Estaba casada(o) con el padre sin custodia:

( ) Cuando el niño nació

( ) Cuando el niño fue concebido

( ) Después de que el niño fue concebido, pero antes de que el niño nació

( ) Después de que el niño ha nacido

( ) Trató de casarse con el padre sin custodia pero más tarde fue anulado. Explicar por qué cree que el matrimonio no es válido: \_\_\_\_\_

**Si marcó cualquiera de los anteriores**, por favor indique la fecha de matrimonio o intento de matrimonio:

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar de matrimonio: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

( ) No estaba casada con el padre sin custodia:

( ) Vivíamos juntos Fecha: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

( ) Nunca vivimos juntos

( ) El niño fue adoptado Fecha de Adopción: \_\_\_\_\_ Estado de Adopción: \_\_\_\_\_

( ) Otro (Explique): \_\_\_\_\_

9. ¿Usted y el padre sin custodia se consideraban como un matrimonio de derecho común mientras vivía en Kansas? ( ) Sí ( ) No

10. ¿Usted se caso con otra persona que no sea el padre sin custodia dentro de el año en que el niño nació?  
( ) Sí ( ) No

**En caso afirmativo**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Fecha de Divorcio: \_\_\_\_\_

Lugar de divorcio: ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PATERNIDAD

**Complete esta página para cada niño que necesita la paternidad establecida.**

11. ¿Han tenido pruebas de paternidad, el padre sin custodia, la madre y el niño? ( ) Sí ( ) No  
**En caso afirmativo**, cuando: \_\_\_\_\_ ¿donde se realizaron las pruebas?: \_\_\_\_\_  
Resultados de las pruebas: \_\_\_\_\_ *Por favor adjunte una copia de los resultados de la prueba genética*
12. ¿Cuál fue la fecha en que el médico dijo que el niño iba a nacer? \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el peso del niño cuando él o ella nació? \_\_\_\_\_
13. ¿Quién crees que es el padre y por qué? \_\_\_\_\_
14. ¿El padre sin custodia admite ser el padre del niño? ( ) Sí ( ) No.  
**En caso afirmativo**, ( ) Verbal o ( ) Escrito  
Cuándo: \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_  
*Mes día año ciudad estado*

15. **Complete esta pregunta sólo si usted es la madre del niño y firme a continuación.** ¿Con quien tuvo sexo 30 días antes y 30 días después de quedar embarazada? (Asegúrese de incluir al padre sin custodia nombrado en la página 1).

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de las relaciones sexuales: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Dónde: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
¿Le dijo que estaba embarazada? ( ) Sí ( ) No Fecha: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de las relaciones sexuales: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Dónde: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
¿Le dijo que estaba embarazada? ( ) Sí ( ) No Fecha: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de las relaciones sexuales: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Dónde: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
¿Le dijo que estaba embarazada? ( ) Sí ( ) No Fecha: \_\_\_\_\_
4. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de las relaciones sexuales: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Dónde: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
¿Le dijo que estaba embarazada? ( ) Sí ( ) No Fecha: \_\_\_\_\_
5. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de las relaciones sexuales: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Dónde: Ciudad Estado: \_\_\_\_\_  
¿Le dijo que estaba embarazada? ( ) Sí ( ) No Fecha: \_\_\_\_\_

**Si se necesita espacio adicional, Marque aquí ( ) completa la información en el dorso de este formulario.**

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Kansas que las respuestas que he dado a la pregunta 15 son verdaderas y correctas.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

# **CUESTIONARIO DE SERVICIOS DE SUSTENTO DE MENORES**

## **Sección 4 – Derechos y Deberes Legales**

**Las instrucciones de la sección cuatro: Lea esta sección y firme en la última página. Si usted tiene preguntas, por favor contacte a un trabajador en su Centro de Servicio del DCF.**

Las siguientes son cosas importantes que necesita saber sobre el programa de CSS y sus derechos y obligaciones legales.

### **Cesión de derechos de sustento:**

1. Al firmar la solicitud de servicios, usted entrega sus derechos de sustento del pasado, presente y futuro a la Secretaria de DCF. Esto permite CSS actuar por usted y hacer el trabajo que se necesita para su caso.
2. Al Firmar la solicitud da a la Secretaria del DCF el poder legal para endosar cheques de sustento mientras su caso CSS está abierto. Esto permite que el estado maneje y pueda procesar los pagos de sustento rápidamente.
3. Todas personas recibiendo servicios CSS entregan sus derechos de sustento en esta manera. Si nunca ha recibido asistencia pública (TANF, por ejemplo), DCF no mantendrá los pagos de sustento.
4. Si usted está recibiendo beneficios TANF, o su hijo está en cuidado temporal, DCF mantendrá los pagos de sustento hasta que se cierre su caso TANF. Después que cierre la asistencia pública (el TANF) o cuidado temporal, usted recibirá los pagos usuales de sustento (la cantidad debida de ese mes) pero DCF puede mantener los pagos de sustento para los atrasados.

### **Tarifa por servicios CSS:**

1. Existe una tarifa por servicios de CSS.
2. La tarifa no es cargada mientras usted está recibiendo beneficios de TANF, cuidado de niños, Medicaid o estampillas de comida de DCF.
3. La tarifa básica es de 4% del sustento que DCF se recoge para usted (\$4.00 de cada \$ 100.00).
4. Cuando se aplica la tarifa, CSS lo deducirá del pago de sustento antes de que se le envía el pago.
5. Si su caso necesita servicios del programa de sustento de menores en otro estado, ese estado podrá Cobrar una tarifa también. Si lo hacen, ellos deducirán su tarifa del pago de sustento antes de enviarlo a Kansas.
6. CSS no le cobrará una tarifa de aplicación sólo para abrir un caso CSS.

### **No hay relación de abogado/cliente:**

1. Los abogados que trabajan para el programa de CSS trabajan sólo para la Secretaria de DCF.
2. Incluso si puede beneficiarse de su trabajo, ellos **no** le representan.
3. **No pueden** darle asesoramiento jurídico.
4. **No pueden** hacer cualquier trabajo legal en su caso que va más allá de los servicios de la CSS.
5. El papel del abogado CSS en casos de sustento de menores es actuar en el interés público para asegurarse de que los padres, no el Estado, son los que apoyen a sus hijos.
6. Cualquier otra acción legal que tome CSS está a la discreción del abogado de CSS.
7. Si el otro padre presenta cuestiones que están fuera de los servicios de CSS (como visitas o custodia), debe consultar con una abogado de su elección para proteger sus derechos u obtener consejo legal. Si no tiene un abogado y lo desea, puede llamar a la barra de Kansas Servicio de referencia de abogado de asociación al 1-800-928-3111. También una Oficina de Servicios Legales de Kansas puede ser capaz de ayudarle.

## **Uso de la información:**

1. Leyes federales y estatales requieren que CSS proteja la información privada que usted le provee. Las leyes también requieren que CSS pueda usarla y compartirla. Si usted tiene miedo de que nuestro uso de su información confidencial le pueda causar daño a usted o su hijo, hable con su trabajador CSS inmediatamente.
2. La Información que usted provee al programa de CSS o un abogado de CSS podría utilizarse si DCF necesita tomar acción contra usted. Por ejemplo, CSS puede tener utilizar la información proveída para hacer cumplir una orden de sustento contra usted si un niño sale de su casa o si mantiene pagos de sustentos que pertenecen al DCF.
3. Cuando CSS tiene información confidencial acerca del padre sin custodia, la ley estatal o federal puede prohibir al CSS de compartir esa información con usted.

## **Pagos Incorrectamente dirigidos:**

1. Si usted recibe dinero de sustento que no le corresponden, usted tiene que devolver ese dinero a DCF (incluso si DCF cometió el error).
2. Si usted no lo devuelve, DCF puede adoptarse medidas administrativas o legales contra usted para recuperar el dinero.
3. Su firma en este documento significa que la aceptación de permitir que CSS recupere el dinero de pagos futuros de sustento.

## **Servicios limitados de CSS para Juicio de Interés:**

1. Si hay deuda pendientes de pago de sustento, la ley donde se emitió la orden puede permitirle cobrar intereses por fallo del deudor.
2. CSS **no** calculará la cantidad total de interés que se debe o pedirá a la corte que lo figure para usted.
3. Si usted tiene una orden que indica la cantidad total de intereses debidos por el deudor, CSS hará cumplir y cobrar ese interés junto con el sustento no pagado.
4. Usted necesitará hablar con un abogado de su propia elección si está interesado en este tipo de orden.
5. El dinero que CSS cobre en su caso será contado hacia el interés de juicio después de que el Sustento atrasado es pagada en su totalidad.

Usted puede tener otros derechos y obligaciones legales de su niño o servicios de CSS. Usted necesitará hablar con un abogado privado (uno que no trabajan para el programa de CSS) para proteger esos derechos para y para consejo legal personal. Las leyes y reglas que controlan el programa CSS cambiarán de vez en cuando. Usted puede solicitar una nueva copia del “*Manual de Servicios de Sustento de Menores*” en cualquier momento. De vez en cuando, es una buena idea preguntarle a su trabajador si su copia del manual de CSS es corriente.

## **Responsabilidades del cliente:**

Entiendo que para ser elegible para asistencia en efectivo (TANF), asistencia médica o ayuda para cuidado de niños tengo que cooperar con CSS. Como participante en el programa de CSS, yo soy responsable por:

1. Mantener corriente la información que ha dado a CSS sobre mi mismo y el padre sin custodia incluyendo nuevas direcciones y números de teléfono, así como, proporcionar cualquier otra información solicitada o que acredite la falta de información bajo pena de perjurio.
2. Reportar a CSS inmediatamente si se ha obtenido un abogado privado para cualquier acción doméstica, incluyendo custodia de los hijos y problemas de sustento de menores.
3. Decir a CSS por escrito si quiero cerrar mi caso.

4. Devolver a CSS inmediatamente después de recibir cualquier pago de sustento asignado, pensión matrimonial o médicos recibidos directamente del Padre Sin Custodia o de cualquier persona en el nombre del padre sin custodia. Esto incluye cualquier pago que la corte me puede enviar después de ser aprobado para asistencia en efectivo. *Mantener pagos de sustento pertenecientes a DCF podrían resultar en cargos de robo presentados contra usted.*
5. Ayudar a identificar y localizar la dirección y el empleo del padre sin custodia.
6. Asistir como testigo cuando sea necesario en cualquier corte o procedimiento administrativo.
7. Cooperar con el programa de CSS y su personal.

### **Responsabilidades de programa CSS:**

Es solamente justo que usted conozca las limitaciones del programa de CSS:

1. No podemos prometer resultados.
2. Mientras su caso CSS está abierto, el personal de la CSS determinará los procedimientos adecuados para su caso y qué prioridad puede haber comparado con otros casos.
3. Si sus pagos de sustento son pagados a través del fiduciario de la Corte y usted cierra su caso con el DCF, esto no cierra su caso con el fiduciario de la Corte.
4. Aunque nos gustaría poder, no podemos llamarle, ni escribirle regularmente sobre su caso. Nos pondremos en contacto cuando ocurra algo importante o si necesitamos más información. Usted puede comunicarse con su centro de servicio de DCF en cualquier momento para el estado corriente de su caso.

He leído las indicaciones contenidas en la cuarta sección de este formulario. Mi firma abajo autoriza a CSS para obtener copias de certificados de nacimiento de mi hijo si el certificado es necesario en la administración del programa de CSS. Entiendo que cada persona que recibe asistencia tiene que proveer o solicitar un número de Seguro Social. Yo autorizo el uso de estos números de Seguro Social para cosas como identificación, revisiones del programa CSS, o auditorías y cotejo por computadora con otros agencias e instituciones públicas y privadas.

**Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Kansas que las respuestas que he dado en este cuestionario son verdaderas y correctas.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

*Por favor devuelva este formulario a:*